Lane Medical Library

Beitrag

zur

Kenntniss der sich an Verletzungen und Erschütterungen anschliessenden Neurosen.

Inaugural-Dissertation

welche

zur Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin und Chirurgie

mit Zustimmung

der medicinischen Facultät

der

Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

am 14. November 1885

nebst den angefügten Thesen

öffentlich vertheidigen wird

der Verfasser

Oscar Seyffert

aus Berlin.

Opponenten:

Herr Dr. med. Reinhardt.
Herr Dd. med. Felmy.
Herr Dd. med. Grosser.

Berlin 1885.

Gedruckt bei L. Schumacher.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/beitragzurkenntn0000osca

Seinen theuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Es ist durch eine grosse Zahl von Beobachtungen ausser Frage gestellt, dass selbst leichte Kopfverletzungen, sowie allgemeine Erschütterungen, die zu keiner äusseren Verletzung führen, schwere Erkrankungen des Nervensystems im Gefolge haben können.

Ganz besonders haben die im Anschluss an die Eisenbahnunfälle auftretenden Störungen im Bereich des Nervensystems die Aufmerksamkeit der Autoren in Anspruch genommen, und ist der Schilderung und Deutung derselben bereits eine grosse Anzahl wissenschaftlicher Abhandlungen gewidmet worden. Da die ältere Literatur über diesen Gegenstand bereits mehrfach zusammengestellt worden ist, will ich mich begnügen, einen summarischen Ueberblick über die der jüngsten Zeit entstammenden Publicationen, soweit sie auf mein Thema Bezug haben, zu geben.

Rigler kommt durch sorgfältige Statistik zu dem Schluss, dass der Beruf des Maschinenpersonals im Eisenbahndienst ein besonders consumirender ist und relativ frühzeitig Invalidität herbeiführe, dass die Invalidität zumeist in einem eigenthümlich veränderten Zustand der Nervencentra, einer Irritation derselben, ihren Grund habe, und dass wir in dieser Irritation die recht eigentlich professionelle Krankheit des Maschinenpersonals erkennen müssen.

Er bezeichnet den durch Eisenbahnunfälle entstehenden psychischen Zustand als Siderodromophobie und versteht darunter „eine mehr oder weniger hochgradige, mit allgemeiner hysterischer Verstimmung und krankhafter Abneigung gegen die gewohnte Thätigkeit verbundene spinale Irritation, welche

unter Einwirkung des Shok sich aus einer durch den Beruf selber bedingten Anlage entwickelt".

Die Verletzungen, welche Neurosen im Gefolge haben, sind nach Rigler mannigfaltiger Art, ihre Schwere steht oft in gar keinem Zusammenhange mit der ihr nachfolgenden psychischen Affection; man findet oft Verletzungen, die durch ihre Geringfügigkeit sich kaum dem Auge bemerkbar machen, wie leichte Abschürfungen der Haut, Contusionen etc., und doch können ihre Folgen verderbliche werden, ja den Tod bedingen.

Verletzungen des Kopfes können eine Commotio cerebri veranlassen, deren Wirkungen sofort nach dem erlittenen Unfalle sich zeigen und sich dadurch von Rückenmarkserschütterungen unterscheiden, bei welchen die ersten Symptome häufig erst später deutlich zu Tage treten und einen schleichenden Verlauf darbieten.

Die Erscheinungen, welche durch die Erschütterung des Rückenmarks bedingt werden, können rasch vorüber gehen, sie können längere Zeit andauern, sich als Lähmungen von verschiedener Ex- und Intensität darstellen, sie können endlich selbst den Tod herbeiführen, ohne dass nachweisbare anatomische Veränderungen im Mark sich finden.

Seifritz beschreibt in seiner Inaugural-Dissertation vier Fälle, in welchen im Anschluss an Traumen bei Eisenbahnunfällen ein mannigfaltiger Symptomencomplex mit einer eigenthümlich langsamen Entwickelung hervortritt. Durch seine Beobachtungen kommt Seifritz zu dem Schluss, die Diagnose „Railway-Spine" auf folgende Punkte zu stützen.

1. Es muss eine Contusion der Medulla spinalis oder eine Zerrung derselben stattgefunden haben.

2. Das relative Wohlbefinden des Patienten direct nach dem erlittenen Trauma und auch in den folgenden Stunden.

3. Die in den ersten Tagen auftretenden Symptome, wie Kopfschmerz, Schwindel, Flimmern vor den Augen u. s. w. und die niedergedrückte Stimmung.

4. Die nach Wochen oder Monaten auftretenden Er-

scheinungen: Steifheit und Schmerzhaftigkeit des Rückgrats, gesteigert durch Druck auf die Processus spinosi, die Schwäche der unteren Extremitäten, sowie die Sensibilitätsstörungen.

5. Der langsame und schleichende Verlauf, hindeutend auf eine allmählich sich entwickelnde Entzündung der Medulla spinalis und ihrer Häute.

Im weiteren Verlauf stellt Seifritz dar, dass bei Eisenbahnunfällen die Medulla nur durch Zerrung und Dehnung der Ligamente, verbunden mit einer Compression derselben eine so heftige Commotio erleiden kann.

Ferner sei es nicht gleichgiltig, welchen Sitz der Betreffende im Moment des Unfalls eingenommen hat. Die Prognose für den Fall, dass er dem Ort des Zusammenstosses den Rücken zugewandt habe, sei viel schlimmer zu stellen, als wenn er das Gesicht demselben zugewandt habe. Findet letztere Bedingung statt, so wird die Wirbelsäule, dem Gesetz der Trägheit folgend, eine schnelle Vorwärtsbewegung ausführen und höchstens eine leichte Zerrung der Ligamente davontragen, während dagegen im ersteren Falle die Wirbelsäule gezwungen wird, eine äusserst violente Bewegung resp. Einknickung auszuführen.

Die Sectionsbefunde, auf die Seifritz verweist, sind folgende:

Der erste ist der Fall des Grafen Cordat, von Dr. Maty beschrieben: Man fand die Pia mater des Gehirns stark vascularisirt, in Nähe der Falx etwas Eiter. Die Medulla oblongata soll um $^1/_3$ grösser als gewöhnlich gewesen sein. Die Rückenmarkshäute waren verdickt und zähe, der Halstheil sehr derb anzufühlen. Der Fall wurde von Olivier als Sclerose beschrieben, während es sich nach Leyden wohl um ein Gliom gehandelt haben mag.

Eine zweite Section fand statt in einem Falle von Gove, untersucht von Lockhard Clarke. Patient litt an Railway-Spine in Folge eines Zusammenstosses, wurde vollkommen paraplektisch und starb nach drei Jahren. Man fand Spuren von chronischer Entzündung in den Häuten und der Cortical-

substanz des Gehirns. Die Spinalhäute stark congestiv, die hinteren Stränge des Rückenmarks geschwunden, der Rest stark braun gefärbt, aber von unveränderter Structur. (Myelitis chronica mit nachfolgender Atrophie.)

Der dritte Fall ist der von Leyden mitgetheilte: Die Section ergab neben Myelitis acuta, chronischer interstitieller Myositis eine Neubildung, welche die Dura mater umgab. Die Dura adhärirte dadurch an die Wirbelkörper, welche sich an dieser Stelle stark spongiös, etwas cariös zeigten. Die Neubildung ergab sich als ein Tumor von käsiger Beschaffenheit, zusammengesetzt aus gelben Knötchen, worin sich zahlreiche Riesenzellen befanden. Nach Leyden unterliegt es keinem Zweifel, dass die Entwickelung desselben auf das erlittene Trauma zurückzuführen ist.

Zum Schlusse warnt der Verfasser vor zu früher Anwendung von roborirenden und excitirenden Mitteln.

Moeli theilt einige Fälle mit, bei denen die psychischen Anomalien in den Vordergrund treten und für welche er die Bezeichnung Railway-Spine kaum mehr angewandt wissen will.

Es sind im Eisenbahndienst beschäftigte Beamte, welche durch Entgleisungen oder Auffahren ihrer Züge auf andere Wagen verunglückt sind, theils mit, theils ohne äussere Verletzung.

Sämmtliche Kranke zeigten eine eigenthümliche Veränderung ihres Wesens, sie waren äusserst reizbar und empfindlich gegen Sinneseindrücke, helles Tageslicht, gegen Geräusche etc. Sie geriethen leicht ins Weinen, oft bei ganz gleichgiltigen Veranlassungen, und heftiges, anhaltendes Zittern überfiel ihren ganzen Körper.

Ihr Gedächtniss war schwach geworden, sie grämten sich selbst über ihre grosse Vergesslichkeit; ausserdem klagten sie meist über heftige Kopfschmerzen und Schwindel, Symptome, welche durch Lesen, Unterhaltung, Genuss von Spirituosen gesteigert wurden.

Nachts waren sie besonders unruhig und schreckhaft,

wurden von ängstlichen Träumen geplagt, die zuweilen in Beziehung zu ihrem Unglück standen.

Ueber die Entstehung dieser Störungen äussert sich Moeli dahin, dass er den heftigen Schreck als den wesentlichsten Anlass bezeichnet und beruft sich auf Rigler's Beobachtungen, welche zeigen, dass ein derartiger Symptomencomplex entstanden ist bei Maschinisten, welche über den Bruch einer Maschine in heftige Angst geriethen, ohne dass eine Entgleisung erfolgte.

Auch eine Angabe von Erichsen dient zur Bekräftigung dieser Ansicht, nämlich, dass Personen, welche im Momente des Eisenbahnunfalles schlafen, angeblich keine Erschütterung des Nervensystems davontragen.

In der Literatur finden sich einige Fälle, in denen auch schwere Geistesstörungen, Melancholie mit Suicidium, Paralyse beobachtet worden sind, doch ist, wenn auch ein gewisser Zusammenhang der Erkrankung mit der Erschütterung als möglich zugegeben werden muss, ein genügender Nachweis nicht geführt worden.

Es kann möglicherweise vor dem Unfall eine psychische Störung bestanden haben, welche den Beobachtungen der Angehörigen bis dahin entgangen ist, oder es haben noch andere schädliche Momente dabei eingewirkt.

Von ernsterer Bedeutung ist es immerhin, wenn von derartigen Unfällen Individuen betroffen werden, welche zu psychischen Störungen Prädisposition besitzen, als solche, die geistig völlig intact sind.

Die Arbeit von Oppenheim und Thomsen enthält die Warnung vor der einseitigen Deutung aller dieser Fälle als Hysterie und führt den Nachweis, dass mindestens in einem Theil dieser Fälle die Bezeichnung Hysterie eine ganz unzutreffende ist. Sie theilen eine Anzahl Fälle ihrer Beobachtungen mit und stellen folgende drei Grundzüge des Krankheitsbildes auf: 1) Alteration des psychischen Verhaltens. 2) Nervöse Beschwerden. 3) Sensibilitätsstörungen im weitesten Sinne des Wortes.

Die beiden Autoren stützen sich auf folgende Momente, um den Nachweis zu erbringen, dass es durchaus unzutreffend ist, alle diese Fälle unter der Rubrik Hysterie zu subsummiren.

1. Der Nachweis einer Anästhesie oder Hemianästhesie mit Einschluss der sensorischen Störungen genügt nicht zur Begründung der Diagnose Hysterie, da sich dieses Symptom auch bei anderen functionellen, sowie bei organischen Erkrankungen des centralen Nervensystems findet.

2. Der Verlauf war in den von ihnen beobachteten Fällen ein nahezu stabiler; er zeigte nicht das Wechselnde, Sprunghafte, wie es für die Hysterie charakteristisch ist, vor allem kamen auch nicht jene abrupten Besserungen vor, wie überhaupt die Prognose quoad sanationem, soweit ihre Erfahrung bis jetzt reicht, keine günstige ist.

3. Das psychische Verhalten der geschilderten Patienten ist nicht identisch mit dem der Hysterischen, es enthält Züge aus der Melancholie, die unter geringem Intensitätswechsel fortbestehen und nicht launisch hin- und herspringen.

4. Mit den geschilderten Symptomen verbinden sich in einem nicht geringen Procentsatz der hierher zählenden Fälle Krankheitserscheinungen, die auf eine schwere und irreparable Erkrankung des Nervensystems hindeuten, so z. B. reflectorische Pupillenstarre, in einem von Walton mitgetheilten Falle: Atrophie beider Nervi optici; in einer anderen Beobachtung verbindet sich mit dem psychisch-sensorischen Symptomencomplex echte Epilepsie. In einzelnen Fällen wurden Motilitätsstörungen beobachtet, so hartnäckiger und progressiver Art, dass die Annahme einer palpablen Erkrankung des Rückenmarks so viel Wahrscheinlichkeit gewonnen, als eine klinische Diagnose ohne Sectionsbefund überhaupt beanspruchen kann.

Wesentlich gegen die eben genannten Autoren richtet sich die Abhandlung Charcots und seines Schülers Guinon.

Charcot theilt eine Anzahl von Beobachtungen mit, aus denen hervorgeht, dass durch Verletzungen sich beim

weiblichen, wie beim männlichen Geschlecht Hysterie entwickeln kann.

Charcot will aber auch die von anderen Autoren als Folge der Eisenbahnerschütterung durch Kopfverletzung gezeichneten Krankheitsbilder unter die Rubrik Hysterie bringen.

Die Hysterie sei beim Manne viel häufiger, als im Allgemeinen angenommen werde, und es sei besonders deshalb leicht, diesen Zustand bei Männern zu verkennen, weil das psychische Verhalten der hysterischen Männer nicht ganz identisch sei mit dem der weiblichen Hysterischen, indem der Unbeständigkeit und dem bunten Wechsel der Symptome bei den letzteren, die dauernde und unbewegliche Verstimmung der Männer gegenüberstehe.

Freilich gebe es auch eine Anzahl weiblicher Hysterischer, bei denen eine solche Constanz des psychischen Verhaltens und der Sensibilitätsstörung zu beobachten ist.

Die übrigen von Oppenheim und Thomsen angeführten Gründe werden von Charcot unbeachtet gelassen.

Der Aufsatz Guinon's stimmt fast vollständig überein mit den Ansichten Charcot's.

In allerletzter Zeit hat nun Oppenheim ein grosses Material eigener Beobachtungen zusammengestellt, auf Grund deren er sich gegen die Auffassung Charcots wendet, dass alle diese Fälle als Hysterie zu deuten wären. Oppenheim führt den Nachweis, dass in einem Theile dieser Fälle Symptome hervortraten, welche auf eine materielle Erkrankung des Nervensystems hindeuten (Sehnervenatrophie, dauernde reflectorische Pupillenstarre), dass aber auch in einer Anzahl der übrigen Fälle, in denen solche Symptome nicht aufgefunden werden können, das Krankheitsbild sich nicht einfach mit dem der Hysterie decke, sondern dass die übrigen Neurosen (Epilepsie, Neurasthenie, Hypochondrie etc.) eine mindestens ebenso hervorragende Rolle dabei spielen.

Aus den angeführten Beobachtungen zieht Oppenheim folgende Schlüsse:

1. dass die geschilderten, sich im Gefolge von Kopf-

verletzungen und Eisenbahnerschütterungen entwickelnden Krankheitserscheinungen kein einheitliches Krankheitsbild darstellen, sondern trotz gemeinsamer Grundzüge in den verschiedenen Fällen nicht unerheblich variiren;

2. dass sie sich in vielen Fällen mit keiner der gegebenen Krankheitsformen ganz decken;

3. dass ein Theil dieser Fälle eine Mischform von Psychose und Neurose darstellt;

4. dass in einem grossen Procentsatz dieser Fälle ausserdem Krankheitszeichen hervortreten, die mit Bestimmtheit auf eine schleichend verlaufende, organische Erkrankung des Nervensystems hindeuten.

Ich will mir nun erlauben, eine Anzahl von Beobachtungen mitzutheilen, welche das Gemeinsame haben, dass sich im Anschluss an eine Verletzung oder Erschütterung ein Nervenleiden ausgebildet hat, welche aber in ihrem Symtomencomplex trotz gemeinschaftlicher Grundzüge doch erheblich differiren.

I. Fall: Der 37 Jahre alte Locomotivführer Vollmeyer stammt aus einer gesunden, von Nervenleiden verschonten Familie und war ausser an Gonorrhoe und einem ohne jede Folge verlaufenen Ulcus molle nie krank gewesen.

Patient ist seit über 10 Jahren auf Locomotiven gefahren und hat dabei schon mehrfach Eisenbahnunfälle durchgemacht, hat aber nie irgend einen Nachtheil seiner Gesundheit davongetragen.

Er fuhr, wie er angiebt, am 10. Juni 1885 auf einer stark stossenden Maschine nach Erkner und lief, obgleich „Bahn frei“ signalisirt war, auf zwei auf der Linie stehende Wagen auf. Die Maschine hatte volle Fahrgeschwindigkeit, und der Stoss war ein sehr starker. Patient wurde beim Zusammenstoss gegen keinen festen Gegenstand geschleudert und konnte sich auf dem Trittbrett so festhalten, dass er nicht aus der Maschine geworfen wurde.

Er brachte seinen Zug wieder zurück und bemerkte

ausser heftigem Zittern der Hände und Füsse nichts krankhaftes. Zwei Stunden nachher, während Patient auf seiner Maschine beschäftigt war, fiel er plötzlich um; das Bewusstsein hatte er dabei momentan verloren. Er wurde in ein Coupé gebracht, da er zum Gehen augenblicklich nicht im Stande war, konnte aber nach einigen Stunden der Ruhe sich nach Hause begeben. Die Sprache hatte er nicht verloren, gelähmt war er ebenfalls nicht, nur das Zittern war sehr heftig geblieben.

Am andern Morgen, als er zum Dienst gehen wollte, begegnete ihm ein Bekannter und als Patient antworten will, bringt er kein Wort hervor, d. h. er stösst zwar die Silben hervor, aber in solchen Absätzen, dass die Worte ganz zerfetzt wurden; er hatte heftigen Kopfschmerz und Schwindel und taumelte so hin und her, dass sein Kollege ihn auffangen musste. Es hat sich in der Folgezeit wiederholt ereignet, dass er vor Schwindel zu Boden stürzte. Schlaf fehlte ganz; er hatte immer ein Angstgefühl, ein „Wehgefühl am Herzen".

Wenn ihn aber jemand an den Unfall erinnerte, so fühlte er sich sehr schwermüthig, die Thränen kamen ihm in die Augen, er musste weinen. Er will in der kurzen Zeit stark abgemagert sein, während er am 1. Juni angeblich 82 Kilo wog, wiegt er jetzt am 1. August nur noch 68½ Kilo.

Die Potenz hat Patient verloren. Den Kopfschmerz bezeichnet er als stechend und brennend, die Sinnesfunctionen haben angeblich nicht gelitten.

Nach Angabe der Mutter des Patienten soll er bis zum Unfall gesund gewesen sein, nur manchmal über Kreuzschmerzen geklagt haben. Von dem Unfall kam er auch noch, ohne besondere Krankheitserscheinungen zu bieten, zurück, und erst nach circa 2 Stunden trat die Sprachstörung hervor.

Aus den eigenen Angaben des Patienten entnehmen wir noch folgendes: „Am Abend des Unglückstages merkte meine Mutter, dass mir die Sprache fehlte; ich selbst merkte es

nicht, ich fühlte nur, dass ich in einem Zustande war, wo ich keine Lust hatte zu sprechen.

Ferner wurde ich von meinen Bekannten darauf aufmerksam gemacht, dass ich so taumelnd ginge; auch das habe ich nicht gewusst und wollte es nicht glauben. Jetzt fühle ich wohl das Sonderbare in meinem Gange und in der Sprache, aber ich kann mir nicht helfen.

Wenn mich jemand anspricht, sei es, wer es wolle, ich kann es nicht verhindern, ich muss in Thränen ausbrechen. Ich bin gar nicht mehr der, der ich war, ich war früher ein so heiterer, lebenslustiger Mensch, und nun — Alles dahin.“

Status: Bei der Betrachtung des Kranken fällt zunächst sein eigenthümlich scheuer Blick und sein ängstliches Wesen auf. Sensorium ist frei, die Antworten klar, die Sprache ist dadurch gestört, dass zwischen die einzelnen Silben und Worte Pausen eingeschoben werden. Man könnte von Scandieren sprechen, wenn nicht die Pausen zu lang und zu ungleichmässig wären, und die einzelnen Silben zu hastig hervorgestossen würden.

Gegenwärtig wird ein mässiger Tremor in der gut unterstützten rechten Ober-Extremität wahrgenommen. Nadelstiche werden auf der behaarten Kopfhaut nicht schmerzhaft percipirt, dagegen wird in der Gegend der Augenbrauen und schon oberhalb derselben das Schmerzgefühl ein normales. In der Hals- und Nackengegend ist Schmerzgefühl vorhanden, Berührung und Druck werden im Gesicht und auf der behaarten Kopfhaut gut wahrgenommen. Nasenschleimhaut hat ein gutes Gefühl, Geruch und Geschmack erhalten.

Im Facialisgebiet keine wesentliche Asymmetrie; Zunge tritt gerade hervor, wird aber nur träge bewegt.

Die passiven Bewegungen lassen sich an den oberen Extremitäten gut ausführen, die activen sind in allen Gelenken erhalten, aber in der rechten Ober-Extremität etwas weniger geläufig als links; beiderseits nicht mit voller Kraftleistung, und steht die rechte Ober-Extremität in dieser Beziehung hinter

der linken zurück. In der rechten nimmt der Tremor bei Bewegungen zu.

An den Extremitäten werden alle Reize gut wahrgenommen, sowohl Berührung, Stich und Druck, als auch die Temperaturreize.

Patient greift bei geschlossenen Augen mit der rechten Hand sicher nach der linken.

Soll er sich aus der horizontalen Rückenlage aufrichten, so geschieht dies mühsam mit Unterstützung beider Hände und schmerzlicher Gesichtsverzerrung, er empfindet dabei Schmerzen in der Glutaealgegend.

In den Gelenken der unteren Extremitäten sind die passiven Bewegungen frei ausführbar; Sehnenphänomene lebhaft, aber kein Clonus.

Die ophthalmoskopische Untersuchung ergiebt keine Anomalien. Pupillenreaction erhalten, Augenbewegungen gut, Gesichtsfeld normal.

Patient geht zwar ziemlich geläufig, taumelt aber wie ein Betrunkener von einer Seite zur anderen. Mit geschlossenen Füssen kann er nicht stehen, ohne zu schwanken, bei Augenschluss nimmt das Schwanken zu. Es macht ganz den Eindruck, als ob der eigenthümliche Gang des Patienten durch ein psychisches Moment, durch eine krankhafte Vorstellung, durch Angst etc. bedingt würde, wenigstens kann er, wenn man ihn anfeuert, seinen Gang etwas beschleunigen, ohne dass er niederstürzt und ohne dass das Torkeln eine Zunahme erfährt. Er kann übrigens keinen Moment frei stehen, taumelt zur Seite und setzt in einer eigenthümlichen Weise beim Voranschreiten ein Bein kreuzweis über das andere. Patient fixirt den Fussboden, hält die Arme weit ab vom Thorax und geht nicht in gerader Linie vor, sondern nach rechts und links hin ausbiegend.

Die elektrische Untersuchung der Nerven und Muskeln an den unteren Extremitäten ergiebt für alle Stromweisen normale Verhältnisse.

Patient bessert sich während seines Aufenthaltes im

Krankenhause unter der Anwendung kalter Abreibungen und Uebergiessungen, der Darreichung von Bromkalium und der Application des galvanischen Stromes (quer durch den Kopf) zusehends; seine Psyche ist viel freier geworden, er macht sehr genaue und klare Angaben über die Entwickelung seines Leidens und ist frei von Angst und Verstimmung. Die Störung der Sprache und des Ganges bessert sich ebenfalls von Tag zu Tag, wenn auch noch eine kleine Unsicherheit besteht; er kann sogar leidlich ein paar Pas tanzen, wird aber dabei ganz schwindlig.

Auch die Sprache ist etwas geläufiger geworden.

Er selbst giebt an, dass er sich sonst ganz wohl fühle, und seine Stimmung sich bedeutend gehoben habe; nur klagt er noch über Schwindel, wenn er zum Fenster hinaussehe oder die Treppe hinaufgehe.

In der letzten Zeit seines Hierseins wurden beim Patienten wiederholt Fieberanfälle beobachtet, die Temperatur in ano schwankte zwischen 38,6 und 39.2; Puls ca. 120. Patient klagte darnach über Frost, Uebelkeit und über einen secundenlangen Stich in der Stirngegend und im rechten Knie, sowie über krampfhaftes Brennen im Unterschenkel, das eine Stunde lang anhalte. Die Untersuchung konnte einen Grund für das Fieber nicht auffinden.

Patient wird am 3. August 1885 aus der Anstalt als gebessert entlassen.

Fassen wir kurz die hauptsächlichsten Punkte, welche in der Krankengeschichte dieses Patienten als bemerkenswerth hervortreten, zusammen, so fällt uns die Sprachstörung zunächst auf.

Dieselbe ist eine ganz eigenartige und sich von den bekannten Formen durchaus unterscheidende. Der Patient articulirt ganz leidlich, er scandirt auch nicht. Zwischen den einzelnen Worten und Silben längerer Wörter muss er wiederholt Athem holen, er stösst die Worte so heraus, als ob ihm der Exspirationsstrom ausginge.

Auch der Gang hat etwas durchaus eigenartiges. Der-

selbe ist nicht entfernt zu vergleichen mit dem ataktischen oder spastischen Gange. Patient taumelt zur Seite und kreuzt die Füsse. Dies beruht nicht auf einer Parese oder Steifigkeit der Beine, sein Gang sieht aus, wie der eines Betrunkenen. Ihm ist nicht schwindlig dabei; warum er so geht, ist nicht festzustellen.

Ferner ist bemerkenswerth das ängstlich scheue Wesen des Patienten, das sich in seinen Mienen und in seinem Gebahren äussert, so dass er schon zusammenfährt, wenn man an ihn herantritt.

Damit harmoniren auch die psychischen Anomalien. Besonders bemerkenswerth ist auch der Potenzverlust und die eigenthümlich circumscripte Anästhesie auf der Kopfhaut.

II. Fall: Der 34jährige Locomotivführer Obst beförderte am 8. März 1884 seinen Zug bei sehr schlechtem Wetter, es war windig, schneite und regnete. Der Zug lief sehr schwer, und bei der grossen Last desselben rollirte die Maschine mehrmals.

Er war genöthigt, sich durch das Fenster zu legen, um nachzusehen, ob der Sandstreuer richtig functionirte: in demselben Augenblick wurde ihm aus dem Schornstein ein Theil von dem ausgeworfenen glühenden Coaks in das linke Auge hineingetrieben, welches gleich sehr anschwoll und sich entzündete.

Nach einer Stunde wurde ihm ein solcher Coakstheil, welcher sich fest in die Cornea eingebrannt hatte, aus dem Auge entfernt; seinen Dienst musste er sofort aufgeben.

Nach weiteren Angaben des Patienten schloss sich seit der Zeit das linke Auge krampfhaft, und er war nicht im Stande, dasselbe zu öffnen. Ausserdem hat er seit jener Zeit Schmerzen im linken Auge und in der Umgebung desselben, die drückender und stechender Natur sind.

Am 17. Sept. 1884 wurde in der Schweigger'schen Augenklinik die Resection des linken Nervus supraorbitalis vorgenommen. Der Erfolg war nur ein ganz vorübergehender.

Der Schmerz tritt nun besonders ein, wenn Patient gezwungen ist, in das Licht zu sehen. Andere Klagen hat Pat. nicht.

Status: Pat. ist ein untersetzter, ziemlich kräftig gebauter Mann. Die Augenbrauen werden fortwährend ruckweise gehoben und wieder gesenkt, das linke Auge wird nahezu geschlossen gehalten durch eine Anspannung des Musc. orbicul. palpebr. Ueber die linke Stirngegend zieht dem Verlauf des Frontalis folgend eine lineaere Narbe; die Gegend der linken Incisura supraorbitalis, sowie überhaupt die Gegend über dem Auge ist auf Druck schmerzhaft. Pat. ist, wie der Versuch lehrt, ganz gut im Stande, das linke Auge zu öffnen und eine Weile offen zu halten; es hören damit die Zuckungen der Mm. frontales auf, er will aber dabei ein sonderbar unangenehmes Gefühl haben. Wenn er das rechte Auge schliesst, und das linke beschattet wird, hat er keinerlei Beschwerden, er bezieht also alles auf den Lichtreiz.

Bei Untersuchung der Pupillenreaction tritt eine sehr auffällige Differenz ein zwischen dem rechten und dem linken Auge. Die Pupillarlichtreaction ist beiderseits erhalten, aber bei einem mittleren Beleuchtungsgrade contrahirt sich die linke Pupille bedeutend energischer als die rechte; bei starker Beleuchtungsdifferenz tritt der Unterschied weniger deutlich hervor. Bei Convergenzbewegungen ist die Verengerung beider Pupillen gleich. Beweglichkeit der Bulbi nicht gestört.

In psychischer Beziehung ist eine wesentliche Alteration nicht wahrzunehmen, Pat. will von je her heftig und leicht reizbar gewesen sein.

In Bezug auf Sensibilität ist keine Störung zu bemerken; Berührung, Druck und Stich im Gesicht und auf der behaarten Kopfhaut werden wahrgenommen, Stiche in der linken Stirngend sind besonders schmerzhaft.

Die Zunge tritt gerade hervor, ist gut beweglich; im unteren Facialisgebiet keine Abnormität.

Geruch und Geschmack gut erhalten, ebenso Hörfähigkeit.

Kniephänomene in gewöhnlicher Stärke.

Im Bereiche der Motilität ist eine Abnormität nicht zu erkennen.

Der Zustand des Patienten erfährt während seines Aufenthaltes in der Kgl. Charité entschiedene Besserung. Nach Application von zwei Blutegeln in der Umgebung des linken Auges, 5. Juli 1885, hat die abnorme Lichtempfindlichkeit desselben nachgelassen. Pat. öffnet das linke Auge besser, hat aber noch Schmerzen bei Lichtreiz. — Am 12. Juli 1885 klagte Pat. zum ersten Male, dass er sehr aufgeregt sei und keine Ruhe habe; „ich fühle so ein Angstgefühl, ob es der Gedanke an die Familie ist?“

Jetzt am 13. Sept. 1885 ist Patient nach wiederholter Application von Blutegeln, Ferrum caudens in der Nackengegend, sowie der galvanischen Behandlung des linken Auges (Anode auf den Bulbus) soweit wieder hergestellt, dass er im Stande ist, in das Licht zu sehen.

Ein Unterschied zwischen dem kranken und gesunden Auge in Bezug auf die Pupillenreaction ist kaum noch nachzuweisen, das drückende Gefühl über dem linken Auge hat bedeutend nachgelassen.

Wir haben hier einen sehr merkwürdigen Fall vor uns.

Es liegt eine leichte Verletzung der Cornea vor, durch welche eine ganze Reihe von Beschwerden sowohl im Gebiete der Sensibilität, als auch der Reflexerregbarkeit der Nerven des linken Auges erzeugt wird. Pat. ist nicht im Stande, in helles Licht zu sehen, er hat dabei ein schmerzhaftes unangenehmes Gefühl.

Die Hyperästhesie erzeugt 2 Folgezustände: 1) Blepharospasmus, 2) abnorm lebhafte Pupillenlichtreaction. Ausserdem besteht Schmerz im Bereich der sensiblen Augennerven.

Dagegen fehlen Störungen der allgemeinen Sensibilität und Motilität, und die Psyche ist nicht erheblich alterirt. Es handelt sich also um eine streng localisirte traumatische Neurose.

III. Fall. Der 44 Jahre alte Zugführer Stabrin ist bis zu seinem Unfalle stets gesund gewesen, hat nie eine Krankheit gehabt.

Am 18. Mai 1883 leitete er als Zugführer einen aus sechs Wagen bestehenden Eisenbahnzug. Er selbst sass im dritten Wagen. Der Zug fuhr auf einen Prellbock auf und entgleiste. Patient sass so, dass er den Stoss von hinten erhielt, er fuhr in die Höhe, war überaus erschreckt und aufgeregt, fühlte aber keine körperlichen Beschwerden, so dass er noch aufstehen konnte und sich von der Tragweite des Unglücks überzeugen.

Er fuhr dann mit dem nicht entgleisten Wagen nach Hause. In der nun folgenden Nacht konnte er vor Aufregung nicht schlafen, zitterte am ganzen Körper, fuhr erschreckt zusammen, und es lief ihm heiss und kalt über den Rücken.

Am Morgen fühlte er spannende Schmerzen in Kopf und Rücken, dazu gesellte sich nach einigen Tagen ein Gefühl von Schwere in den Hypochondrien. Dann trat allmählich Schwere in den Beinen ein, der Gang wurde schwerfällig. Harn- und Stuhlentleerung blieben ungestört, das Gefühl in den Beinen war nicht verändert. Gleichzeitig mit der Schwere in den unteren Extremitäten bildete sich ein Zittern in den oberen aus.

Psychisch wurde er ängstlich, leicht reizbar und schreckhaft, so dass er bei dem geringsten Geräusch zusammenfuhr, eine Locomotive konnte er nicht pfeifen hören; seine Stimmung war stets eine gedrückte. Das Zittern in den Händen nahm besonders bei Gemüthsaufregung zu, seine Beine hatte er nicht richtig in der Gewalt. Ueber Rücken- und Brustschmerz hatte er zu klagen. Kopfschmerzen bestanden nicht. Das Sehen hatte nicht gelitten, ebensowenig das Hören. Sinnestäuschungen bestanden nicht, die Sprache blieb unverändert. Eine Abmagerung der Extremitäten bildete sich nicht aus.

Die Frau des Patienten bestätigt seine Angaben und

betont, dass er sehr still, deprimirt und gedächtnissschwach geworden sei.

Status: Patient ist in ängstlich deprimirter Gemüthsstimmung, gleich am ersten Tage wollte er das Krankenhaus wieder verlassen, weil er sich überaus bedrückt und unruhig daselbst fühlte und durch die Eindrücke, welche er dort empfing, zu unangenehm berührt würde. Er sitzt gewöhnlich still vor sich hin, ohne sich viel an seine Umgebung zu kehren. Sein Gesichtsausdruck ist bekümmert, er antwortet gewöhnlich mit leiser Stimme, und man muss die Antworten aus ihm hervorlocken. Während der Unterredung mit ihm bricht er in Weinen aus; eine Neigung, seine Beschwerden möglichst grell zu schildern, besteht nicht.

Pupillen sind gleich und mittelweit, reagiren gut auf Lichteinfall, sowie bei Convergenzbewegung. Eine Beschränkung der Bulbusbewegungen existirt nicht. Bewegungen im Facialisgebiet symmetrisch und exact. Die Zunge tritt gerade hervor, zeigt aber unruhige, hauptsächlich fibrilläre Bewegungen. Sprachstörung ist nicht vorhanden.

Patient meint, sein Gedächtniss habe ihn verlassen; auch objectiv lässt sich constatiren, dass Patient auf Namen, die ihm sicher bekannt sind, sich lange besinnen muss.

Geruch, Gehör und Geschmack sind frei von Anomalien.

Die Hände gerathen leicht in's Zittern, namentlich unter dem Einfluss von Gemüthsbewegung. In den ausgestreckten Händen nimmt der Tremor zu.

Complicirtere Bewegungen mit den Oberextremitäten gehen träge vor sich, wie das Auskleiden etc., ebenso richtet Patient mit Vorsicht sich vom Stuhle auf und steht nun breitbeinig da. Passive Beweglichkeit in der linken Oberextremität nicht beschränkt, anfangs spannt Patient etwas. Die activen Bewegungen in der linken Oberextremität werden nur zögernd und in kleinen Intervallen ausgeführt, dabei geräth dieselbe in ein leichtes Zittern. Eine Beschränkung in der Ausdehnung der Bewegung besteht kaum. Trotz vorzüglicher Muskelernährung ist der Aufwand von grober Kraft

in Schulter- und Ellenbogengelenken nur ein mässiger, der Händedruck überaus matt.

Versucht man den activ gebeugten Arm zu strecken, so geräth Patient in's Schwanken und droht zu fallen.

Auch in der rechten Oberextremität ist die passive Bewegung nicht beschränkt. Für die activen Bewegungen und Entwickelung der groben Kraft gilt rechts dasselbe wie links.

Man hat überall den Eindruck, dass psychische Elemente hineinspielen und hemmend auf die Bewegung wirken. Pat. steht während der Versuche und sucht mit den Füssen immer eine breite Basis zu gewinnen, geräth aber bei Bewegungen der Oberextremitäten leicht in's Schwanken. Das Auskleiden der Beinkleider geschieht sehr langsam, namentlich muss Patient den Bewegungen der Unterextremitäten mit den oberen zu Hilfe kommen. So beugt er das Knie, indem er die Hand zu Hilfe nimmt.

Patient beugt beim Gehen die Oberschenkel sehr wenig, er geht ängstlich, schwerfällig und breitbeinig in kleiner Schrittlänge, setzt die Füsse mit der ganzen Sohle auf und sucht sich dabei überall mit der Hand irgendwo festzuhalten.

Versucht man passive Bewegungen in der rechten Unterextremität, so kostet es zunächst grosse Mühe, den Patienten dahin zu bringen, dass er die active Mithilfe ausschaltet. Nach einiger Zeit gelingt es, in allen Gelenken eine Reihe passiver Bewegungen auszuführen, ohne dass Muskelcontractionen hinderlich wären. Nach denselben treten leichte klonische Muskelzuckungen im Gebiet des Quadriceps auf.

Was die activen Bewegungen anbetrifft in der rechten Unterextremität, so werden sie überaus schleppend in kleinen Rucken und nur engen Grenzen ausgeführt und immer so, dass jede Kraftanstrengung vermieden wird. In allen Muskelgruppen ist die grobe Kraftleistung auf einen minimalen Werth reducirt.

Bauch- und Kremasterreflex vorhanden, Sohlenreflex nicht gesteigert. Sehr lebhaft gesteigert ist dagegen das Knie-

phänomen. Patellarclonus ist nachzuweisen. Achillessehnenphänomen nicht vorhanden.

Auch in den Gelenken der linken Unterextremität, in denen man anfänglich auf Muskelwiderstand stösst, gelingt es, die Activität des Patienten soweit auszuschalten, dass die passiven Bewegungen überall frei werden. Die activen Bewegungen werden äusserst zögernd, in kleinen Absätzen ausgeführt, man muss dabei den Patienten immer anfeuern, wodurch wenigstens eine geringe Ausgiebigkeit und Geläufigkeit erzielt wird.

Die grobe Kraft, die er anwendet, ist sehr gering, einen stetigen Druck wendet er dabei nie an, sondern immer nur einen stossweisen Muskelkraftaufwand.

Beim Beklopfen der Patellarsehne tritt zunächst eine kräftige Contraction des Quadriceps ein, dann folgen noch ein paar Bewegungen des Unterschenkels.

Die Sensibilität der linken Oberextremität ist gut erhalten. Pinselstriche werden im Bereich der ganzen linken Oberextremität gefühlt. Dasselbe gilt für die Unterscheidung von Pinsel und Stiel. Nadelstiche werden gut erkannt. Auch an der rechten Oberextremität wird Pinselstrich, Stieldruck und Nadelstich gut gefühlt.

Patient wird nach 44tägigem Aufenthalt im Krankenhause auf seinen Wunsch trotz ärztlichen Abrathens entlassen. In der Nacht vor seiner Entlassung hatte er einen heftigen Angstanfall, noch am anderen Morgen konnte man feststellen, dass er am ganzen Körper zitterte, sehr ängstlich und aufgeregt war. Die linke Pupille war deutlich weiter als die rechte und es bestand Erbrechen.

Ueber den weiteren Verlauf ist nichts bekannt.

Resumé: Bei einem Manne, der bisher stets gesund gewesen ist, sich körperlich und geistig wohl gefühlt hat, entwickelt sich im Anschluss an einen heftigen Stoss, den er durch Auffahren seiner Maschine auf einen Prellbock erhielt, sowie im Anschluss an den dabei erlittenen Schreck ein

Nervenleiden, das sich wesentlich in psychischen Anomalien und Motilitätsstörungen äussert.

Seine Psyche ist äusserst reizbar und schreckhaft, so dass Patient bei dem geringsten Geräusch zusammenfährt, dabei ist seine Stimmung ängstlich, gedrückt, er weint leicht, besonders wenn er an sein Unglück denkt oder daran erinnert wird.

In der motorischen Sphäre fällt am meisten die Störung seines Ganges auf, und die herabgesetzte Kraft und Ausgiebigkeit der activen Bewegungen an den Extremitäten.

Der Gang ist langsam, schwerfällig und ängstlich, das breitbeinige Auftreten, die kleine Schrittlänge und unsichere Haltung des Patienten bei der Fortbewegung ist so eigenthümlich, dass man unbedingt den Eindruck gewinnt, dass hier psychische Momente die Störung bedingen helfen.

IV. Fall: Der 34 Jahre alte Feuerwehrmann Zabel, ein Mann von kräftigem Körperbau, guter Ernährung und gesunder Gesichtsfarbe, ist hereditär nicht belastet und gesund gewesen bis zum Jahre 1880. Damals verunglückte er bei einer Gasexplosion in einer Gasolinfabrik am 5. August. Er befand sich in einem Keller und war mit Löschen beschäftigt, dabei sammelten sich noch Gasmassen an, welche explodirten. Patient verlor das Bewusstsein. Als er nachher zu sich gekommen war, merkte er, dass er an seiner rechten Körperhälfte grosse Brandwunden davongetragen hatte. Haupthaar und Bart waren auf jener Seite vollständig versengt. Sonst fühlte sich Pat. ganz wohl, ging allein nach Hause, musste aber 6 Wochen darniederliegen, bis seine Brandwunden geheilt waren.

Nach dieser Zeit befand er sich wieder vollkommen gesund und ging seinem Dienste nach.

Fünf Jahre später, am 5. Januar 1885, fand eine zweite Gasexplosion statt und zwar mit Leuchtgas, bei der er wiederum betheiligt war. Dieses Mal sollten die Folgen

für ihn schlimmerer Art sein, als es beim erstem Male der Fall war.

Patient befand sich tief unten in einem Keller und war mit dem Löschen des Feuers beschäftigt, als sich dort Gas ansammelte und explodirte. Er wurde hierbei an die Mauer geschleudert, die Kappe auf seinem Kopfe wurde zerrissen, der Kopf selbst nicht beschädigt. Die Haare auf seiner rechten Kopfhälfte versengten, ebenso der Schnurrbart; der rechte Gehörgang wurde auch von der Flamme getroffen. Andere Verletzungen ausser den Brandwunden, wie Verstauchung oder Knochenbruch etc., fanden nicht statt. Patient verlor das Bewusstsein, wie er aus der Brandstätte hervorgekommen, weiss er nicht.

Gleich hinterher empfand er einen heftigen Kopfschmerz auf dem Hinterkopf, der nachträglich über den ganzen Kopf sich verbreitete und besonders von den Augenbrauen an „wie ein Blitz denselben durchzuckte“. Auch bemerkte er bald darauf, dass er nicht mehr genau hören konnte, und dass sein Genick steif war.

Trotzdem erholte sich Patient zunächst soweit nach dem Unglücksfalle, dass er allein nach Hause gehen konnte, nur hat er unterwegs stark gebrochen und spürte ein furchtbares Angsgefühl.

Zwei Tage darauf kam er in die Klinik des Herrn Professor Lucae. Nach drei Wochen ungefähr bemerkte er ein Kribbeln und Zucken auf der rechten Seite, konnte Nachts nicht schlafen, hatte ängstliche Träume, als wenn er von einer Decke von oben herunterstürzen sollte, und wurde auch am Tage von grossem Angstgefühl geplagt.

Kurz darauf bemerkte Patient eines Morgens, als er aufstehen wollte, dass er nicht mehr treten konnte, dass sein rechtes Bein und auch sein rechter Arm gelähmt waren. Der Kopfschmerz nahm zu, und das Genick war steif. Gleichzeitig merkte er, dass sein Stuhlgang träge wurde, und ihm das Uriniren schwer fiel, so dass er häufig die Excremente

unter sich liess. Auch hatte er seinen Geruch und seinen Geschmack verloren. Selbst an seiner Sprache merkte er eine Einbusse, insofern er nicht mehr so schnell sprechen konnte wie früher und auf Anreden nicht sogleich Antwort zu geben im Stande war. War er aber einmal in Fluss, so konnte er unbehindert weiter sprechen. Ferner konnte er sein rechtes Auge nicht mehr schliessen und auch nicht seine Lippen zum Pfeifen spitzen.

Anfang Mai ging Patient nach Wiesbaden und brauchte dort eine vierwöchentliche Badekur. Dieselbe hatte den Erfolg, dass Patient nach seiner Angabe seinen Geschmack wieder gewann, und auch die Sprache geläufiger wurde.

Status präsens den 30. Juli 1885:

Patient ist ein grosser, kräftig gebauter Mann von guter Gesichtsfarbe und vortheilhafter Ernährung. Sein psychisches Verhalten ist ein durchaus abnormes: Er weint leicht, wenn er an sein Unglück denkt, ist überhaupt sehr bekümmert geworden, während er früher ein heiterer Mensch gewesen zu sein angiebt. Er leidet an Angstgefühl und schreckhaften Träumen, so dass er z. B. Nachts ein Klopfen an der Thür zu hören glaubt und aufsteht, um sich zu überzeugen, dass er sich getäuscht habe.

Während er früher zierliche Holzarbeiten anfertigen konnte, ist er jetzt dazu nicht mehr im Stande, da ihm die Ausdauer dazu fehlt, und er die einzelnen Theile nicht mehr in der richtigen Ordnung zusammenzusetzen vermag. Sein Gedächtniss ist sehr kurz geworden, bei jeder Thätigkeit vergisst er deren Fortsetzung, sobald er unterbrochen wird. Wenn er sich Morgens anzieht, so dauert es sehr lange, da er sich erst besinnen muss, welche Kleidungsstücke er zuerst anzieht.

Die Potenz ist nach seiner Angabe völlig erloschen.

Pupillen: Beiderseits gleich, etwas eng. Lichtreaction: beiderseits gut. Pupillenverengerung bei Convergenzstellung: gut. Bewegung der Bulbi im Ganzen frei, nur fallen beim Blick nach rechts und links nystagmusartige Zuckungen

auf. Beiderseits sehr starke, concentrische Gesichtsfeldverengerung, links noch etwas stärker wie rechts. Sehschärfe: beiderseits stark herabgesetzt. Geruch: Asa foetida wird auf beiden Nasenlöchern nicht gerochen. Aqua Menthae ebenfalls nicht. Geschmack: Acid. aceticum wird nicht deutlich geschmeckt, Saccharum dil. links deutlich als süss, rechts undeutlich. Chin. sulfur. links sofort, rechts etwas später als bitter wahrgenommen.

Gehör: Flüstersprache links auf einen Fuss Entfernung, rechts nicht verstanden, auch bei directer Annäherung. Laute Sprache links normal, rechts ein Fuss Entfernung.

Sensibilität: Stieldruck und Pinselberührung werden auf beiden Gesichtshälften erkannt, doch giebt Patient an, dass Stieldruck rechts ein dumpferes, undeutlicheres Gefühl hervorbringt, als links. Auf der ganzen rechten Kopf- und Gesichtshälfte, giebt Patient auf die Frage, Spitze oder Knopf der Nadel zu empfinden, immer nur an, den Knopf zu fühlen, während links ganz deutlich Spitze und Knopf unterschieden wird. Bei tiefen Nadelstichen giebt er rechts zwar an: „Spitze“, will aber keinen deutlichen Schmerz dabei empfinden, während er links bei gleichem Eingriff den Kopf schmerzhaft zurückzieht. Wärme und Kälte werden selbst bei längerer Einwirkung nicht unterschieden, während sie links wahrgenommen werden.

Das Facialisgebiet zeigt keine Störung, Pfeifen, Lachen geschieht ohne Störung; die Zunge wird gerade herausgestreckt, zeigt keinen Tremor.

Die Untersuchung der rechten Oberextremität ergiebt folgendes: Zunächst ist die Motilität gestört, die passiven Bewegungen sind nach allen Richtungen hin ausführbar, sämmtliche activen Bewegungen aber nur in beschränktem Masse und gehen sehr langsam vor sich. Der Arm wird bei fixirter Schulter nicht ganz bis zur Horizontalen gehoben, auch die Beugung im Ellenbogengelenk gelingt nicht soweit, dass die Hand die Schulter berührt. Bewegungen in den Hand- und Fingergelenken werden nur träge ausgeführt. Die

grobe Kraft ist in sämmtlichen Gelenken sehr stark herabgesetzt. Die Sensibilität in der rechten Oberextremität ist ebenfalls beeinträchtigt. Pinselberührung wird gar nicht wahrgenommen, bei Stieldruck giebt der Patient stets weich an, obgleich vergleichsweise links Stieldruck von Berührung sehr deutlich unterschieden wird. Bei oberflächlichen Nadelstichen giebt er stets an, den Knopf zu fühlen, erst sehr tiefe Stiche werden mit Spitze, aber als schmerzlos bezeichnet. Das Muskelgefühl ist undeutlich, nur grobe Lageveränderung wie vollkommene passive Bewegungen im Ellenbogengelenk giebt Patient richtig an, sonst scheint er nur das Gefühl der Berührung, nicht der Lageveränderung des betreffenden Theiles zu haben. Ausserdem besteht ein leichter Tremor. An der rechten Unter-Extremität ist die passive Bewegung vollkommen frei nach allen Richtungen hin.

Im Liegen wird die Extremität nur etwa einen Fuss vom Boden gehoben, die grobe motorische Kraft ist sehr gering, entsprechend der rechten Ober-Extremität. Die Sensibilität im rechten Ober- und Unterschenkel ist stark herabgesetzt. Patient hält die Berührung mit dem Stiel für weich und empfindet die Berührung mit dem Pinsel fast gar nicht. Bei Stichen mit der Nadel wird die Spitze für Knopf gehalten. Temperatursinn ist aufgehoben, das Muskelgefühl zum Theil, Adduction und Abduction spürt Patient als Bewegung in der Hüfte, während er Beugung und Streckung im Kniegelenk nicht wahrnimmt.

Die Untersuchung der linken oberen und unteren Extremitäten ergiebt in jeder Beziehung normale Verhältnisse.

Der übrige Rumpf zeigt ganz analoge Verhältnisse; Pinsel- und Stielberührung wird auf der linken Seite gut wahrgenommen, rechts dagegen der Stiel für weich gehalten, und Pinselbewegung gar nicht gefühlt. Ebenso auf Druck und Stich reagirt die linke Seite normal, rechts werden nur sehr tiefe Nadelstiche und kräftiger Druck percipirt.

Kniephänomene rechts und links gleich stark, Reflex der Achillessehne beiderseits gleich gut, Sohlenreflex rechts

schwächer, Bauch- und Cremasterreflex beiderseits gleich stark.

Zehn Monate nach jenem Unglücksfall, im Oktober d. J., sah ich den Patienten wieder und hatte die Freude, constatiren zu können, dass sein Allgemeinbefinden sich bedeutend gebessert hatte.

Recapituliren wir kurz die Hauptzüge aus der Krankengeschichte des Zabel! Im Anschluss an die durch eine Gasexplosion bedingte Verletzung, wobei wohl auch der Schreck eine nicht unbedeutende Rolle in ätiologischer Beziehung gespielt haben mag, acquirirt der bis dahin gesunde Feuerwehrmann eine Störung der psychischen Functionen (Verstimmung, Reizbarkeit, Aengstlichkeit etc.) eine Hemiparese der rechten Extremitäten mit Hemianästhesie. Letztere betrifft alle Gefühlsqualitäten, auch die Sinnesorgane.

Der Verlauf ist chronisch, doch lässt sich nach Ablauf eines Vierteljahres, nachdem sich Patient einer galvanischen Behandlung unterzogen, eine Besserung einzelner Symptome constatiren. Sein Gemüth ist freier geworden, die schreckhaften Träume in der Nacht haben vollkommen aufgehört. Der Geschlechtstrieb hat sich wieder eingestellt.

Die geschilderten Fälle lehren, wie mannigfach die Krankheitsbilder sein können, die sich im Anschluss an Erschütterungen und Verletzungen entwickeln, wie grosse Verschiedenheiten trotz gemeinschaftlicher Grundzüge der Symptomencomplex dieser Krankheit bietet, und wie unzutreffend es ist, die erwähnten Krankheitsbilder alle unter die eine Gruppe „Hysterie“ zu bringen.

Thesen.

1. Geisteskranke mit Gehörshallucinationen dürfen nicht isolirt werden, müssen vielmehr in Gesellschaft anderer verbleiben.

2. Die Anwendung des Ergotin in der Geburtshülfe ist auf die Periode der Nachgeburt zu beschränken.

3. Die progressive Muskelatrophie ist nur ein Collectivname für vier Krankheitsbilder, die zwar in manchen Punkten unter einander übereinstimmen, sich aber doch wesentlich von einander unterscheiden.

Literatur.

1. Johannes Rigler, Ueber die Folgen der Verletzungen auf Eisenbahnen, insbesondere der Verletzungen des Rückenmarks. 1879.

2. Paul Seifritz, Ein Beitrag zur Kenntniss von Railway-spine. Inaugural-Dissertation. 1880.

3. Moeli, Vortrag über Railway-spine. Berliner klin. Wochenschr. 1881.

4. R. Thomsen und H. Oppenheim, Ueber das Vorkommen und die Bedeutung der sensorischen Anästhesie bei Erkrankungen des centralen Nervensystems. Separat-Abdruck aus dem Archiv für Psychiatrie. Bd. XV, Heft 3. 1885.

5. Charcot, A propos de six cas d'hystérie chez l'homme. Leçons recueillies par M. Georges Guinon. Progrès médical. 1885.

6. Guinon, L'hystérie chez l'homme, comparée à l'hystérie chez la femme. Gazette médicale de Paris. 1885.

7. H. Oppenheim, Aus der Nervenklinik der Charité. (Prof. Westphal.) Weitere Mittheilungen über die sich an Kopfverletzungen und Erschütterungen (in specie: Eisenbahnunfälle) anschliessenden Erkrankungen des Nervensystems. 1885.

Zum Schlusse dieser Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geh. Medicinal-Rath Prof. Dr. Westphal für die Anregung zu dieser Arbeit, sowie Herrn Dr. Oppenheim, Assistent an der Nervenklinik der Kgl. Charité zu Berlin, für die gütige Unterstützung bei der Anfertigung derselben auch öffentlich meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Ernst Wilhelm Oscar Seyffert, Sohn des Rechnungsraths bei der Intendantur des III. Armeecorps und Premier-Lieutenants a. D. Wilhelm Seyffert, wurde am 19. März 1861 zu Berlin geboren und ist evangelischer Confession. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf dem Kgl. Wilhelms-Gymnasium zu Berlin und dem Buggenhagen'schen Gymnasium zu Treptow a. R. in Pommern, welches er Michaelis 1881 mit dem Zeugniss der Reife verliess.

Am 21. October desselben Jahres wurde er als Studirender in das Kgl. preussische medicinisch-chirurgische Friedrich-Wilhelms-Institut aufgenommen. Vom 1. April bis zum 1. October 1882 genügte er seiner Dienstpflicht mit der Waffe

als Einjährig-Freiwilliger in der 4. Compagnie des Garde-Füsilier-Regiments. Am 18. Juli 1883 bestand er das Tentamen physicum, am 10. Juli 1885 das Examen rigorosum. Durch Verfügung des Herrn Generalstabsarztes der Armee und Chefs des Sanitätscorps am 5. September 1885 — 53. 9. 85. M.-M.-A. — wurde er zum Unterarzt im 5. Rheinischen Infanterie-Regiment No. 65 ernannt und gleichzeitig commandirt zum Kgl. med.-chir. Friedrich-Wilhelms-Institut behufs Dienstleistung im Kgl. Charité-Krankenhause zu Berlin.

Während seiner Studienzeit zu Berlin besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren: Bardeleben, Baumann, v. Bergmann, Dubois-Reymond, Eichler, Ewald, B. Fränkel, Fräntzel, v. Frerichs (†), Grawitz, Gurlt, Gusserow, Hartmann, v. Helmholtz, Henoch, Hirsch, Hofmann, Jäckel, A. Köhler, Leuthold, Lewin, Leyden, Liebreich, Liman, v. Mariens, Orth, Reichert (†), Salkowski, Senator, Schroeder, Schweigger, Schwendener, Skrzeczka, Sonnenburg, Trautmann, Virchow, Westphal, Zeller, Zwicke.

Allen diesen Herren, seinen verehrten Lehrern, spricht Verfasser hiermit seinen besten Dank aus.